

**SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.**  
**SOLICITUD DE SEGURO AUTOMÓVIL-PERSONA JURÍDICA**

Solicitud No. \_\_\_\_\_

<b>Razón o Denominación Social:</b>		<b>Nombre Comercial</b>		<b>RTN: (Adjuntar Copia)</b>	
<b>Información Personal del Representante Legal o Contratante:</b>					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
				Apellido Casada	
Lugar de Nacimiento			Fecha de Nacimiento		Edad
			Día      Mes      Año		Nacionalidad <small>(En caso de ser doble nacionalidad detallar ambas)</small>
Número de Identificación			Tipo de identificación		
			Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>		
Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
Nombre Completo de Cónyuge					
Dirección Completa de Residencia (Incluyendo depto. y municipio):					
Teléfono de Residencia		Fax No.		Correo Electrónico	
				Sitio Web	
Nombre del Negocio (si aplica)				Giro o actividad económica del negocio	
Nombre de la empresa donde labora		Posición/cargo que desempeña		Tiempo de laborar en la empresa	
Dirección completa de la empresa donde labora (Incluyendo depto. y municipio):					
Teléfono del Trabajo		Fax No.		Correo Electrónico	
				Sitio Web	
Especifique detalladamente su fuente de Ingresos:					

**Elaborar Croquis**

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO			
Marca:		Motor No.	
Estilo:		Chasis No.	
Modelo:		Pasajeros :	
Uso:		Tipo de vehículo:	
Placa:		Color:	

**COBERTURAS**

COBERTURAS	SI	NO
(A).- VUELCO ACCIDENTALES O COLISIONES		
(B-1).- INCENDIO, AUTOIGNICIÓN Y RAYO		
(B-2).- ROBO		
(B-3).- HUELGAS Y ALBOROTOS POPULARES		
(C).- DAÑOS CAUSADOS A TERCEROS EN SUS BIENES		
(D).- DAÑOS CAUSADOS A TERCEROS EN SU PERSONA		
(E).- ROTURA DE CRISTALES		
((F).- EQUIPO ESPECIAL		
(G).- FENOMENOS NATURALES Y EXPLOSIÓN		
(H).- EXTENSIÓN TERRITORIAL		
(I).- GASTOS MÉDICOS		
(J).- SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO		
(J1).- MUERTE ACCIDENTAL.		
(J2).- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		
(J3).- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS EN EXCESO DE (I)		

PERSONAS QUE HABITUALMENTE CONDUCEN EL VEHÍCULO				
Nombre:	RTN:	Parentesco:	Edad:	No. Licencia:



Identificación de Personas Naturales o Representantes Legales, con firmas autorizadas (si aplica), así como si se trata de cuentas abiertas a título personal:

No.	Nombre Completo	Tipo de Identificación	Número de Identificación

Dos (2) referencias bancarias o comerciales:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

Monto Aproximado del total de Activos y Ventas o Ingresos Anuales: \_\_\_\_\_

Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o Económico y detallar a cual pertenece (si aplica): \_\_\_\_\_

Liste al menos dos (2) proveedores principales:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

Mantiene la empresa, pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora (s), (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada): \_\_\_\_\_

**Beneficiarios:** (Anotar nombre completo, en letra de molde o indicar si es un beneficiario principal o irrevocable).

No.	Nombre	Identidad No.	Dirección	Parentesco	Cantidad / Porcentaje

Beneficiario Irrevocable, final o controlante de la sociedad: \_\_\_\_\_

Declaro que estoy enterado de que las coberturas solicitadas están acorde con las normas estipuladas en la solicitud y que debo efectuar el pago de la prima a la Compañía en la forma convenida por ambos.

Yo \_\_\_\_\_ autorizo al Contratante para que se haga el cargo a mi cuenta \_\_\_\_\_ por el importe de la prima correspondiente, en la periodicidad de pago seleccionada.

DEPÓSITOS MONETARIOS  DEPÓSITOS DE AHORRO  TARJETA DE CRÉDITO   
EFECTIVO

<u>Verificado y firmado en nombre del Agente:</u>	<u>Firma del solicitante:</u>	<u>Fecha:</u>

Agente de Seguros: \_\_\_\_\_ Código No.: \_\_\_\_\_

En caso de que el Asegurado/Representante Legal, sea extranjero, el domicilio deberá ser debidamente comprobado, así como su calidad migratoria.

En caso que el Asegurado sea de nacionalidad hondureña, deberá presentar copia de la tarjeta de identidad y del R.T.N., así como original para la verificación de los datos.

En caso de ser extranjero, deberá presentar carnet de residente o pasaporte, además de copia del carnet o de la página del pasaporte que muestra la foto y sello de su entrada a Honduras; para la verificación de los datos.

**Condición migratoria:** Indicar su condición migratoria (del Representante Legal/Asegurado), eligiendo uno de los siguientes:

- | No. | Condición Migratoria       |       |
|-----|----------------------------|-------|
| 1.  | Residente temporal         | _____ |
| 2.  | Turista o visitante        | _____ |
| 3.  | Residente permanente       | _____ |
| 4.  | Permiso de trabajo         | _____ |
| 5.  | Permiso en tránsito        | _____ |
| 6.  | Permiso consular o similar | _____ |

Nombre completo e identidad de la persona de quién depende económicamente o del tutor o representante legal (si aplica) \_\_\_\_\_

**PERIODICIDAD DE PAGOS**

Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

Tipo de Moneda: Lempiras  Dólares  Otra Moneda: \_\_\_\_\_

Nombre del Cuentahabiente o Tarjetahabiente (si es diferente al Solicitante):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aprobado por Seguros Banrural Honduras, S. A.                      Solicitante                      Cuentahabiente o tarjetahabiente

Fecha:                      Fecha:                      Fecha:  
RTN: \_\_\_\_\_                      RTN: \_\_\_\_\_